NursRxiv
DOI：10. 12209/issn2708-3845. 20220919001

1例多发性骨软骨瘤诱发假性动脉瘤患者的护理体会

刘　欣，鲍丽丽
（山东第一医科大学附属省立医院 东院血管外科病房，山东 济南，250021）

摘要：本文总结1例多发性骨软骨瘤诱发假性动脉瘤患者的临床护理经验，包括风险评估、预防出血、心理护理、体位护理、并发症预防、功能锻炼等。通过多学科联合会诊，开展多元化护理措施，有助于患者手术的顺利完成，对预防相关并发症有积极意义。

关键词：骨软骨瘤；假性动脉瘤；失血性休克；高灌注综合征；心理护理

Nursing of a patient with multiple osteochondromas-induced pseudoaneurysm

LIU Xin，BAO Lili
（*Department of Vascular Surgery in Eastern Branch*，*Shandong Provincial Hospital Affiliated to Shandong First Medical University*，*Jinan*，*Shandong*，250021）

ABSTRACT：This paper summarized the experience of clinical nursing of a patient with multiple osteochondromas-induced pseudoaneurysm. Key issues of nursing included risk assessment，prevention of hemorrhage，psychological care，body position management，prevention of complications and functional exercise. Diversified nursing based on multidisciplinary team ensures the success of surgical treatment and shows a positive effect on prevention of complications.
KEY WORDS：osteochondroma；pseudoaneurysm；hemorrhagic shock；hyperperfusion syndrome；psychological care

骨软骨瘤是最常见的良性骨肿瘤，是骨与软骨生长中形成的外生骨疣[1]，好发于胫骨上端、股骨下端，其中以膝关节上下最为常见，分为单发性和多发性，临床中以单发性多见，常伴有遗传倾向[2]。随着年龄增长，瘤体常导致骨关节畸形，可压迫周围神经及血管组织[3]。假性动脉瘤是由于炎症、创伤、医源性损伤等原因引起动脉血管破裂，血液自血管壁破口流出，在血管破口周围形成的局限性血肿[4]。假性动脉瘤如诊疗不及时，会造成患者短时间内大量出血，严重者会导致患者死亡[5]。山东第一医科大学附属省立医院收治1例多发性骨软骨瘤诱发股动脉假性动脉瘤破裂的患者，在全麻下成功完成左下肢动脉修补+骨软骨瘤切除+自体大隐静脉搭桥术，患者术后恢复良好，治愈出院，现将护理经验总结如下。

1　临床资料

患者男性，15岁，8年前行右下肢骨软骨瘤手术，术后伤口愈合良好，6月前发现左侧大腿下段后缘有一大小约3 cm×3 cm肿物，1月前突感左下肢大腿下段肿胀、疼痛，活动后加重，肿块触之有明显搏动，左下肢血管CTA检查示：左股二头肌内缘肌间隙占位，为假性动脉瘤并附壁血栓，双侧股骨远端干骺端、胫骨近端干骺端及右侧腓骨干骺端骨软骨瘤病。门诊以“骨软骨瘤病，股浅动脉假性动脉瘤破裂”收入院，入院查体：左小腿皮色呈缺血改变，皮肤无破溃，左下肢肿胀，左侧大腿下段弹力绷带加压包扎状态，无渗血渗液，左下肢小腿及左足肿胀、发麻、感觉减退，右小腿内侧一长约7 cm陈旧性手术瘢痕，双下肢腓肠肌压痛(－)，双侧股动脉可触及搏动，左侧腘动脉、胫前动脉、胫后动脉、足背动脉搏动减弱，右侧腘动脉、

通信作者：鲍丽丽，E-mail：15863158095@163. com

胫前动脉、胫后动脉、足背动脉触及明显搏动。患者入院后完善各项术前准备,在全麻下行左下肢动脉修补+骨软骨瘤切除+自体大隐静脉搭桥术,左下肢切口无渗血渗液,留置引流管通畅,弹力绷带加压包扎,左腘动脉、胫后动脉、足背动脉搏动良好,左下肢皮温较暖,肢端感觉运动正常,患者住院5 d,治愈出院。

2 护理

2.1 风险评估

患者病情特殊,首先进行风险评估,评估失血性休克、肢体缺血坏死、焦虑抑郁等风险以及术后切口感染、高灌注综合征、下肢深静脉血栓、肢体血运障碍、神经损伤等风险,从而根据评估结果制订严密的诊疗护理计划。

2.2 术前护理

2.2.1 警惕假性动脉瘤破裂处再次出血,预防失血性休克发生的护理:入院时患者心率108次/min,血压为107/55 mm Hg,给予葡萄糖氯化钠500 mL、羟乙基淀粉500 mL、人血白蛋白20 g静脉补液治疗,遵医嘱严格控制血压100~115/60~70 mm Hg,保持心率在60~70次/min,防止血压过度波动、心率过快引起假性动脉瘤的再次破裂。术前维持患者有效循环,经监测患者红细胞4.06×10^{12}/L,血红蛋白130g/L[6]。针对本例患者,需要防止假性动脉破裂处继续出血,给予弹力绷带加压包扎,同时考虑患者加压处皮肤长期处于受压会引起皮肤压力性损伤,定时每4 h给予弹力绷带减压。

2.2.2 肢体血运观察及护理:患者左下肢动脉搏动已减弱,术前护士密切观察患者左下肢的皮温、皮色、感觉运动[7]。每天定时每6 h使用多普勒血流仪监测动脉搏动情况,保持患者左下肢的踝肱指数在0.7~0.9,并观察患者缺血症状有无加重。

2.2.3 心理护理:患者年龄较小,处于青少年特殊时期,疾病知识缺乏,并且拟行复合手术,风险较高,容易导致患者焦虑、恐惧情绪的发生[8]。针对本例患者,全面有效的心理护理尤为重要,采用广泛性焦虑障碍量表评估患者心理状况,针对评估结果对于患者开展倾听、共情、音乐治疗、正念放松等心理干预措施,加强与患者沟通,向其讲解成功案例,耐心解答患者的疑惑,增强患者战胜疾病的信心。

2.2 术后护理

2.2.1 体位护理:术后患者平卧6 h后取半坐卧位,患肢禁止过度伸屈及剧烈活动,左下肢膝下垫枕,屈膝15 ℃,避免出现转流血管过度屈曲或血管吻合口撕裂[9]。为防止患者夜间睡眠时患肢过度活动,可给予限制性支具的固定,保证体位治疗的有效性。

2.2.2 密切观察切口及患肢血运:术后每小时严密观察患者左下肢切口处有无渗血渗液,切口引流是否通畅,避免管道扭曲打折,每班记录引流液量,严格交接班。本例患者切口处共引流出80 mL血性液体,术后1日给予拔除切口引流管。术后1日经监测患者左下肢皮温转暖为33.5 ℃,皮色为红润状态,感觉运动正常,监测踝肱指数为1.0,通过超声及多普勒血流仪监测左下肢血流正常。

2.2.3 预防高灌注综合征:患者股动脉假性动脉瘤血管搭桥术后,随着血运开通,患者可出现高灌注综合征的风险,甚至引起骨筋膜室综合征[10]。术后密切观察患者肢体有无水肿、疼痛加剧等临床表现,每4 h进行了髌骨上下10 cm、踝上5 cm肢围的测量及疼痛评分。使用自制肢体血运观察记录单,详细记录肢体血运情况。

2.2.4 预防下肢深静脉血栓形成:患者术后为预防下肢深静脉血栓发生,每班次进行静脉血栓风险评估,此患者评分结果为高风险。术后给予依诺肝素钠注射液4 000 u/d皮下注射,同时实施基础及物理相关预防措施[11]。具体措施如下:①清淡饮食,保证每天饮水量1 500~2 000 mL。②每日间隔4 h给予抗血栓压力泵治疗30 min。③依据患者下肢周径给予穿着型号合适的梯度压力袜。④每4 h进行髌骨上下10 cm、踝上5 cm肢围的测量并记录。

2.2.5 功能锻炼,避免神经损伤:为防止术后患者出现关节僵硬、肌肉萎缩、神经损伤的症状发生,由针灸理疗康复科协助进行康复锻炼[12]。住院期间给予此患者每日进行2次针灸理疗,指导进行踝泵、股四头肌等长收缩练习,指导患者术后2周下床活动,逐渐增加活动量。本例患者出院3周随访时活动恢复良好,无下肢麻木等神经损伤症状的发生。

2.2.6 心理护理:此患者处于青春期,术后无法下床活动,舒适感降低,担心手术预后效果,容易产生情绪波动,针对本例患者进行抑郁自评量

表的心理评估,开展心理小组会诊及干预,鼓励患者参与风险管理,通过开展叙事护理措施,改善患者焦虑、抑郁水平。

3 讨论

骨软骨瘤是常见的软骨源性肿瘤,多为良性,占所有原发性骨肿瘤的8%~15%[13]。据文献报道统计,单发骨软骨瘤发生恶变机率极低,而多发遗传性的骨软骨瘤恶变高达5%[14]。临床中,骨软骨瘤诱发假性动脉瘤破裂极为少见,临床病例相关资料较少,护理经验相对不足。本文病例患者采取复合手术模式,由血管外科、骨肿瘤科为患者进行多学科复合手术,术前医护人员共同制订了严密的诊疗护理计划,并及时地实施了各项治疗护理措施,有效降低了患者术后并发症的发生,保障了患者的治疗安全,促进了患者的快速康复。临床中,患者病情复杂、个体差异大,需要根据患者的个体情况实施有针对性护理,确保患者的生理、心理状态处于良好的水平,使得患者能够更好地配合治疗,也有助于减少相关并发症的发生。本文通过总结上述经验,希望通过此个案护理为广大医护人员提供临床借鉴依据,进而能为患者开展更为全面、科学、高质量的护理服务。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

[1] 崔路宽, 刘浩, 邓海峰, 等. 遗传性多发骨软骨瘤病1例[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2018, 33(6): 578.

[2] 张骥, 张建立, 郭源, 等. 8字板矫正儿童多发骨软骨瘤病的膝外翻畸形[J]. 中华小儿外科杂志, 2018, 39(10): 769-774.

[3] 陈木养, 任方贤, 黄永腾, 等. 多发性骨软骨瘤病的临床特点及影像诊断[J]. 局解手术学杂志, 2017, 26(6): 445-449.

[4] 安攀, 南海燕, 李飞, 等. 假性动脉瘤的影像特征及临床转归分析[J]. 临床放射学杂志, 2022, 41(4): 649-653.

[5] 周巧娟, 王剑宇, 蒋明明, 等. 主动脉假性动脉瘤腔内修复治疗效果[J]. 中国介入影像与治疗学, 2020, 17(3): 162-166.

[6] 于鹏飞, 陈慧娟, 赵飞凡, 等. 1例经股动脉采血并发假性动脉瘤患者的护理[J]. 中华护理杂志, 2021, 56(2): 265-268.

[7] 王丙龙, 杨睿, 王佳力澜, 等. 主动脉假性动脉瘤腔内修复治疗13例临床效果分析[J]. 中华医学杂志, 2017(2): 127-130.

[8] 吴从从, 李海燕. 复合手术治疗颈动脉狭窄合并假性动脉瘤1例患者围术期护理[J]. 介入放射学杂志, 2021, 30(10): 1065-1067.

[9] 闫婷. 1例右股动脉-左股动脉人工血管搭桥术加左髂动脉瘤缝扎术的围手术期护理[J]. 中国护理管理, 2015, 15(S1): 147-148.

[10] 梁婧婧, 祝成红, 孙方贞, 等. 慢性颈内动脉闭塞复合术后患者高灌注综合征的风险评估及护理[J]. 中华护理杂志, 2020, 55(11): 1706-1709.

[11] 林环, 杨静, 罗丽娜, 等. 主动脉缩窄继发濒临破裂胸主动脉瘤复合手术护理1例[J]. 介入放射学杂志, 2019, 28(12): 1128-1130.

[12] 裴世杰, 蔡淑玉, 刘燕, 等. 第一掌骨罕见骨软骨瘤一例[J]. 中华手外科杂志, 2017, 33(3): 238.

[13] WOLFORD L M, MOVAHED R, DHAMEJA A, et al. Low condylectomy and orthognathic surgery to treat mandibular condylar osteochondroma: a retrospective review of 37 cases[J]. J Oral Maxillofac Surg, 2014, 72(9): 1704-1728.

[14] ERICKSON L A, INWARDS C Y. Multiple Hereditary Osteochondromas[J]. Mayo Clin Proc, 2019, 94(7): 1388-1389.